

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini dijelaskan tentang landasan teori yang mendasari penelitian ini yang meliputi: 1) Konsep Fasilitas, 2) Konsep Kepuasan keluarga pasien, 3) Kerangka Teori, 4) Kerangka Konseptual, dan 5) Hipotesis Penelitian.

2.1 Konsep Kepuasan keluarga pasien

2.1.1 Pengertian

Kepuasan keluarga pasien ialah suatu tingkat perasaan pasien yang timbul sebagai akibat dari kinerja pelayanan kesehatan yang diperolehnya setelah pasien membandingkannya dengan apa yang diharapkan. Pasien baru akan merasa puas apabila kinerja pelayanan kesehatan yang diperolehnya sama atau melebihi dari apa yang menjadi harapannya dan sebaliknya, ketidakpuasan akan timbul atau perasaan kecewa pasien akan terjadi apabila kinerja pelayanan kesehatan yang diperolehnya itu tidak sesuai dengan harapannya (Hafizurrachman, 2015)

Kepuasan keluarga pasien adalah merupakan nilai subyektif terhadap kualitas pelayanan yang diberikan. Tapi walaupun 10 subyektif tetap ada dasar obyektifnya, artinya walaupun penilaian itu dilandasi oleh pengalaman masa lalu, pendidikan, situasi psikis waktu itu dan pengaruh lingkungan waktu itu, tetapi tetap akan didasari oleh kebenaran dan kenyataan obyektif yang ada (Sabarguna, 2012).

Kepuasan pelanggan adalah perasaan senang atau kecewa seseorang sebagai hasil dari perbandingan antara persepsi atau produk yang dirasakan atau yang diharapkan (Rangkuti, 2012).

Kepuasan konsumen didefinisikan sebagai tingkat perasaan seseorang setelah membandingkan kinerja (hasil) yang dirasakan dibandingkan dengan harapannya atau diartikan bawa kepuasan merupakan fungsi dari kinerja yang dirasakan (*perceived performance*) dan harapan (*expectations*). Jika kinerja produk atau jasa lebih rendah dari harapan, konsumen akan merasa tidak puas. Jika kinerja sesuai harapan maka konsumen akan merasa puas, jika kinerja sampai melebihi harapan, maka konsumen akan merasa sangat puas (*delighted*) (Laksana, 2013).

Berdasarkan berbagai pengertian di atas, dapat disimpulkan bahwa kepuasan keluarga pasien sebagai pelanggan jasa rumah sakit adalah perasaan senang atau kecewa pasien akibat dari kinerja pelayanan kesehatan yang diperolehnya setelah pasien membandingkannya dengan apa yang diharapkannya.

2.1.2 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kepuasan keluarga pasien

Kepuasan keluarga pasien menurut (Silalahi et al., 2019) dipengaruhi oleh faktor:

1. Usia

Orang yang dewasa akan lebih mampu membuat keputusan, lebih bijaksana, lebih mampu berpikir rasional, lebih mampu mengendalikan emosi seiring bertambahnya usia. Usia akan

memengaruhi seseorang dalam pengambilan keputusan. Tingkat kematangan rasional yang dimiliki oleh responden adalah modal dalam mempertimbangkan dan memikirkan kondisi yang sedang dihadapi. Kematangan rasional membantu responden untuk menilai kepuasan dengan layanan yang digunakan.

2. Tingkat Pendidikan

Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan oleh seseorang kepada orang lain untuk memahami sesuatu. Tidak dapat dipungkiri bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang, semakin mudah bagi mereka untuk menerima informasi dan pada akhirnya semakin banyak pengetahuan yang mereka miliki. Sebaliknya, jika seseorang memiliki tingkat pendidikan yang rendah, itu akan menghambat perkembangan sikap orang tersebut terhadap penerimaan informasi dan nilai-nilai yang baru diperkenalkan. Pasien dengan pendidikan dasar tidak puas disebabkan oleh kurangnya pemahaman tentang penjelasan yang diberikan sehingga mungkin ada interpretasi yang kurang tepat tentang apa yang dikatakan atau apa yang dilihat yang menyebabkan ketidakpuasan dengan layanan perawat. Pasien yang berpendidikan lebih tinggi cenderung lebih memiliki kesadaran akan status kesehatan dan konsekuensi menggunakan layanan kesehatan.

3. Fasilitas Pelayanan

Pelayanan kesehatan harus memperhatikan fasilitas dalam memberikan fasilitas yang baik kepada pasien. Hal ini dilakukan untuk menarik minat pasien dalam memanfaatkan layanan kesehatan. Pengguna layanan rumah sakit, dalam hal ini pasien, menuntut layanan berkualitas tidak hanya mengenai penyembuhan dari penyakit fisik atau meningkatkan status kesehatan mereka, tetapi juga mengenai kepuasan dengan sikap, ketersediaan fasilitas dan infrastruktur yang memadai, dan lingkungan fisik yang dapat memberikan kenyamanan.

4. Tindakan Perawat Kesehatan terhadap Pasien

Hubungan dengan sikap dan perilaku staf rumah sakit karena masalah komunikasi, terutama pasien dari daerah setempat dan rendahnya pendidikan pasien, sehingga sulit bagi perawat untuk menjelaskan masalah kesehatan yang dihadapi oleh pasien. Ini berdampak pada tanggapan responden terhadap kurangnya pemahaman mereka dan terkesan bahwa dokter atau perawat kesehatan lainnya tidak ramah

Menurut (Rangkuti, 2012), ada tujuh faktor yang mempengaruhi kepuasan pelanggan, yaitu nilai, daya saing, persepsi pelanggan, harga, citra, tahap pelayanan dan situasi pelayanan:

1. Nilai

Nilai didefinisikan sebagai pengkajian secara menyeluruh manfaat dari suatu produk, yang didasarkan pada persepsi pelanggan

atas apa yang telah diterima oleh pelanggan dan yang telah diberikan oleh produk tersebut, yang dibutuhkan oleh pelanggan adalah pelayanan dan manfaat dari produk tersebut. Selain uang, pelanggan mengeluarkan waktu dan tenaga guna mendapatkan suatu produk, walaupun suatu jasa bermutu dan memuaskan pelanggan, namun belum tentu jasa tersebut bernilai bagi pelanggan itu. Semakin bernilai suatu produk, maka semakin bertambahlah kebutuhan pelanggan yang dapat dipenuhi oleh produk tersebut. Pelanggan semakin loyal bila produk tersebut semakin bernilai baginya (relatif dengan yang akan diterima dari pesaing). Perusahaan yang memiliki reputasi produk bernilai tinggi dapat menerapkan harga lebih tinggi dibandingkan harga pesaing.

2. Daya Saing

Suatu produk jasa maupun barang harus memiliki daya saing agar dapat menarik pelanggan, sebab bisnis tidak dapat berlangsung tanpa pelanggan. Suatu produk hanya memiliki daya saing, bila keunggulan produk tersebut dibutuhkan oleh pelanggan. Keunggulan suatu produk terletak pada keunikan dan mutu produk tersebut. Agar dapat bersaing suatu produk harus memiliki keunikan dibandingkan produk lain yang sejenis, dengan demikian, suatu produk mempunyai daya saing bila keunikan dan mutunya disesuaikan dengan manfaat yang dibutuhkan pelanggan. Manfaat suatu produk tergantung pada

seberapa jauh produk tersebut memenuhi nilai-nilai yang dibutuhkan oleh pelanggan.

3. Persepsi Pelanggan

Persepsi didefinisikan sebagai proses dimana individu memilih, mengorganisasikan dan mengartikan stimulus yang diterima melalui alat inderanya menjadi suatu makna. Meskipun demikian, makna dari proses persepsi tersebut juga dipengaruhi oleh pengalaman masa lalu individu yang bersangkutan. Persepsi pelanggan terhadap produk atau jasa berpengaruh terhadap tingkat kepentingan pelanggan, kepuasan pelanggan, dan nilai.

4. Harga

Harga merupakan jumlah uang yang konsumen bayar untuk produk tertentu, dalam penetapan harga ada pertimbangan-pertimbangan pokok yang perlu diperhatikan, seperti biaya produksi, harga jual pesaing dan barang substitusi serta ciri-ciri produk yang khas. Harga yang rendah menimbulkan persepsi produk tidak bermutu. Harga yang terlalu rendah menimbulkan persepsi pembeli tidak percaya kepada penjual. Sebaliknya, harga yang tinggi dapat menimbulkan persepsi penjual tidak percaya kepada pembeli.

5. Citra

Citra yang buruk menimbulkan persepsi produk tidak bermutu, sehingga pelanggan mudah marah untuk kesalahan kecil sekalipun. Citra yang baik menimbulkan persepsi produk bermutu, sehingga

pelanggan memaafkan suatu kesalahan, meskipun tidak untuk kesalahan selanjutnya.

6. Tahap Pelayanan

Kepuasan pelanggan ditentukan oleh berbagai jenis pelayanan yang didapatkan oleh pelanggan selama yang bersangkutan menggunakan beberapa tahapan pelayanan tersebut. Ketidakpuasan yang diperoleh pada tahap awal pelayanan menimbulkan persepsi berupa mutu pelayanan yang buruk untuk tahap pelayanan selanjutnya, sehingga pelanggan merasa tidak puas dengan pelayanan secara keseluruhan.

7. Situasi Pelayanan

Situasi pelayanan dikaitkan dengan kondisi internal pelanggan, sehingga mempengaruhi kinerja pelayanan. Kinerja pelayanan ini ditentukan oleh pelayan, proses pelayanan, dan lingkungan fisik dimana pelayanan diberikan.

Faktor yang mempengaruhi kepuasan keluarga pasien menurut (Pai et al., 2011), antara lain:

1. Status Kesehatan Pasien

Status kesehatan dapat mempengaruhi kepuasan. Pasien dengan status kesehatan yang lebih baik lebih cenderung puas dengan perawatan yang mereka terima. Sangat penting untuk memeriksa mekanisme di mana kepuasan awal perawatan terkait dengan hasil kesehatan berikutnya untuk mencapai pemahaman yang lebih baik

tentang hubungan dinamis antara status kesehatan dan kepuasan dengan perawatan kesehatan.

2. Jaminan dan biaya

Meningkatnya biaya perawatan kesehatan dan keterbatasan pembiayaan telah menyebabkan lebih banyak perhatian pada ekonomi kesehatan. Meskipun upaya ini bukan untuk meningkatkan pendapatan dan mengurangi biaya tidak dengan harga berapa pun, mereka untuk mencoba memanfaatkan fasilitas yang tersedia dengan baik. Tingginya biaya perawatan akan menyebabkan ketidakpuasan pasien, dan juga sebaliknya, kepuasan akan meningkat dengan adanya biaya yang rendah dengan jaminan kesehatan yang baik.

3. Kepuasan Perawat Kesehatan

Sumber daya manusia (perawat, bidan, dokter, dan tenaga kesehatan lain) yang bahagia dan termotivasi dalam bekerja akan memberikan pelayanan yang baik dan diinginkan oleh pasien. Perawat yang merasa puas dengan pekerjaannya akan cenderung membuat pasien puas dengan pelayanan yang baik dari perawat kesehatan.

Beberapa faktor yang telah diidentifikasi sebagai faktor yang mempengaruhi kepuasan keluarga pasien dalam studi yang dilakukan oleh (Farzianpour et al., 2015) meliputi:

1. Kesadaran manajer di bidang kepuasan keluarga pasien
2. Perencanaan untuk meningkatkan status rumah sakit

3. Infrastruktur diperlukan untuk membuat keputusan yang tepat untuk mengoptimalkan layanan rumah sakit
4. Manajemen rumah sakit. Menginformasikan tentang tren perawatan pasien, menentukan penyebab ketidakpuasan dan upaya untuk memperbaikinya, identifikasi dan modifikasi beberapa prosedur medis yang dapat diperbaiki seperti proses pemulangan dan penerimaan, memantau kinerja perawat dan kebersihan rumah sakit
5. Asuransi. Pengembangan layanan asuransi selain memberikan layanan optimal, lebih memperhatikan cakupan asuransi yang akurat dan komprehensif

Berdasarkan berbagai teori tersebut di atas, dapat disimpulkan bahwa kepuasan keluarga pasien dipengaruhi faktor usia, tingkat pendidikan, fasilitas pelayanan, tindakan perawat kesehatan terhadap pasien, nilai, daya saing, persepsi pelanggan, harga, citra, tahap pelayanan, situasi pelayanan, status kesehatan pasien, jaminan dan biaya, kepuasan perawat kesehatan, kesadaran manajer di bidang kepuasan keluarga pasien, perencanaan untuk meningkatkan status rumah sakit, serta manajemen rumah sakit.

2.1.3 Indikator Kepuasan keluarga pasien

Menurut Kolter (1994) dalam (Hafizurrachman, 2015) menyatakan bahwa ada lima faktor yang dapat mempengaruhi kepuasan klien, meliputi:

1. Sarana Fisik (*Tangible*)

Berupa bukti fisik yang dapat dilihat, yang meliputi gedung, perlengkapan, seragam pegawai dan sarana komunikasi.

2. Keandalan (*Reability*)

Berupa kemampuan dalam memberikan pelayanan yang dijanjikan dengan cepat, akurat dan memuaskan

3. Ketanggapan (*Responsiveness*)

Berupa inisiatif para pegawai untuk membantu para pelanggan dengan tanggap. Dalam memberikan pelayanan hendaknya tanggap terhadap kebutuhan klien sehingga dapat membantu klien bahkan sebelum klien menyadarinya atau memintanya.

4. Jaminan (*Assurance*)

Yaitu pengetahuan, kemampuan, kesopanan, dan sifat dapat dipercaya yang dimiliki para perawat.

5. Kepedulian (*Emphaty*)

Berupa kemudahan dalam membangun hubungan komunikasi yang baik antara pegawai dengan klien, perhatian pribadi, dan dapat memahami kebutuhan pelanggan.

Kepuasan keluarga pasien menurut (Pohan, 2012) dapat diukur dengan indikator berikut ini :

1. Kepuasan terhadap akses layanan kesehatan

Dinyatakan oleh sikap dan pengetahuan tentang :

- a. Sejauh mana layanan kesehatan itu tersedia pada waktu dan tempat saat dibutuhkan.
 - b. Kemudahan memperoleh layanan kesehatan, baik dalam keadaan biasa ataupun dalam keadaan gawat darurat.
 - c. Sejauh mana pasien mengerti bagaimana sistem layanan kesehatan itu bekerja, keuntungan dan tersedianya layanan kesehatan.
2. Kepuasan terhadap mutu layanan kesehatan. Dinyatakan oleh sikap terhadap :
- a. Kompetensi teknik dokter dan atau profesi layanan kesehatan lain yang berhubungan dengan pasien. Keluaran dari penyakit atau bagaimana perubahan yang dirasakan oleh pasien sebagai hasil dari layanan kesehatan.
3. Kepuasan terhadap proses layanan kesehatan, termasuk hubungan antar manusia. Ditentukan dengan melakukan pengukuran :
- a. Sejauh mana ketersediaan layanan rumah sakit menurut penilaian pasien.
 - b. Persepsi tentang perhatian dan kepedulian dokter dan atau profesi layanan kesehatan lain.
 - c. Tingkat kepercayaan dan keyakinan terhadap dokter.
 - d. Tingkat pengertian tentang kondisi atau diagnosis.
 - e. Sejauh mana tingkat kesulitan untuk dapat mengerti nasehat dokter atau rencana pengobatan.

4. Kepuasan terhadap sistem layanan kesehatan. Ditentukan oleh sikap terhadap :

- a. Fasilitas fisik dan lingkungan layanan kesehatan.
- b. Sistem perjanjian, termasuk menunggu giliran, waktu tunggu, pemanfaatan waktu selama menunggu, sikap mau menolong atau kepedulian personel, mekanisme pemecahan masalah dan keluhhanyang timbul.
- c. Lingkup dan sifat keuntungan layanan kesehatan yang ditawarkan

Kualitas kepuasan dapat dirasakan oleh pasien dilihat dari aspek yang diterima dan juga dapat dikenali dari harapan yang menjadi keinginan. Sehingga menurut Rivai (2014) indikator kepuasan keluarga pasien dapat dijelaskan antara lain sebagai berikut :

1. Aspek pelayanan, Rumah Sakit dianggap baik apabila dalam memberikan pelayanan lebih memperhatikan kebutuhan pasien maupun orang lain yang berkunjung di Rumah Sakit. Meliputi: keramahan perawat Rumah Sakit, cekatan dalam memberikan pelayanan, dan sikap perawat dalam memberikan pelayanan.
2. Lokasi merupakan salah satu aspek yang menentukan pertimbangan dalam memilih Rumah Sakit. Umumnya semakin dekat Rumah Sakit dengan pusat perkotaan atau yang mudah dijangkau, mudahnya transportasi dan lingkungan yang baik akan semakin menjadi pilihan bagi pasien yang membutuhkan Rumah Sakit tersebut. Misalnya: letak Rumah Sakit dan lingkungan.

3. Desain visual, merupakan tata ruang dan dekorasi, Rumah Sakit ikut serta menentukan kenyamanan di dalam Rumah Sakit tersebut, oleh karena itu desain dan visual harus diikutsertakan dalam penyusunan strategi terhadap kepuasan keluarga pasien.
4. Komunikasi, merupakan hubungan lisan maupun tulisan dua orang atau lebih yang dapat menimbulkan pemahaman suatu masalah. Bagaimana keluhan-keluhan dari pasien dengan cepat diterima oleh perawat. Misalnya: sikap perawat yang harus bisa melakukan komunikasi yang baik dengan pasien dan keluarga pasien.
5. Biaya, semakin mahal harga perawatan maka pasien mempunyai harapan yang lebih besar, sedangkan Rumah Sakit yang berkualitas sama tetapi berharga murah, memberi nilai yang lebih tinggi pada pasien. Misalnya: mahalnya biaya perawatan, terjangkau atau tidaknya oleh pasien, dan ada tidaknya keringanan yang diberikan.

Menurut (Nursalam, 2016b), kepuasan keluarga pasien mempunyai indikator yang sama dengan kinerja perawat yaitu:

1. *Caring*

Perawat mudah dihubungi dan selalu memberikan perhatian kepada pasien, memperhatikan keluhan pasien sebagai makhluk individu, sosial keluarga, dan masyarakat.

2. Kolaborasi

Perawat memotivasi, bersama-sama menyelesaikan masalah pasien, perawat harus mampu bekerja sama dengan pasien dan

keluarganya dalam menyelesaikan masalah kesehatan yang dialami oleh pasien, selain itu perawat juga harus mampu bekerja salam tim baik dengan teman sejawat perawat maupun dengan tim medis lain dalam menyelesaikan masalah kesehatan pasien.

3. Kecepatan respon

Keinginan ntuk membantu dan menyediakan pelayanan yang dibutuhkan dengan segera. Indikatornya adalah kecepatan dilayani apabila pasien membutuhkan, waktu tunggu yang pendek untuk mendapatkan pelayanan.

4. Empati

Pemberian pelayanan secara individual penuh dengan perhatian sesuai dengan kebutuhan dan harapan pasien, mau mendengarkan keluhan pasien, memperhatikan dan membantu menyelesaikan dan tidak bersikap acuh tak acuh.

5. *Courtesy*

Perilaku perawat yang sopan dengan menghargai pasien, tenaga kesehatan lain, dan sesama perawat.

6. *Sincerety*

Kondisi kualitas perawat yang didasarkan pada kejujuran antara pikiran dan tindakannya

2.1.4 Manfaat Kepuasan keluarga pasien

Keuntungan pelanggan yang puas menurut (NHS, 2013) adalah:

1. Menghasilkan informasi positif dari mulut ke mulut

2. Merujuk kepada orang lain tentang layanan yang didapatkan
3. Lebih mungkin memilih layanan baru
4. Memiliki biaya pemasaran yang lebih rendah untuk rumah sakit
5. Rata-rata, bersedia membayar harga yang lebih tinggi untuk layanan yang didapatkan
6. Tenaga kerja lebih menyukai pekerjaan yang pelanggannya puas daripada yang tidak puas

2.1.5 Pengukuran Kepuasan keluarga pasien

Kepuasan pengguna jasa pelayanan kesehatan dapat disimpulkan sebagai selisih kinerja institusi pelayanan kesehatan dengan harapan pasien (Muninjaya, 2015). Dari penjelasan ini, kepuasan pelanggan dapat dirumuskan sebagai berikut:

$$\text{Satisfaction} = f(\text{performance-expectation})$$

Dari rumus ini dihasilkan tiga kemungkinan:

1. *Performance* < *Expectation*. Jika kinerja pelayanan kesehatan lebih jelek daripada apa yang diharapkan para pengguna, kinerja pelayanan kesehatan akan dipandang jelek oleh penggunanya, karena tidak sesuai dengan harapan pengguna sebelum menerima pelayanan kesehatan. Hasilnya, pengguna pelayanan merasa kurang puas dengan pelayanan yang diterima.
2. *Performance* = *Expectation*. Jika kinerja pelayanan kesehatan sama dengan harapan para penggunanya, pengguna layanan kesehatan akan menerima kinerja pelayanan jasa dengan baik. Pelayanan yang

diterima sesuai apa yang diharapkan pengguna. Hasilnya, para pengguna pelayanan merasa puas dengan layanan yang diterima.

3. *Performance > Expectation*. Bila kinerja layanan kesehatan lebih tinggi dari apa yang diharapkan pengguna, pengguna akan menerima layanan yang melebihi harapannya. Hasilnya, para pelanggan merasa sangat puas dengan pelayanan kesehatan yang diterima.

Mereka yang membeli atau menggunakan produk atau jasa pelayanan kesehatan disebut pelanggan atau customer (Muninjaya, 2015). Lebih lanjut menurut Kotler dalam (Nursalam & Pariani, 2016) ada beberapa cara mengukur kepuasan pelanggan atau pasien, antara lain:

1. Sistem keluhan dan saran. Seperti kotak saran di lokasi-lokasi strategis, kartu pos berprangko, saluran telepon bebas pulsa, website, email, dan lain-lain.
2. Survei kepuasan pelanggan. Baik via pos, telepon, email, maupun tatap muka langsung.
3. *Ghost shopping*. Salah satu bentuk observasi yang memakai jasa orang yang menyamar sebagai pelanggan atau pesaing untuk mengamati aspek-aspek pelayanan dan kualitas produk.
4. *Lost customer analysis*. Yaitu menghubungi atau mewawancarai pelanggan yang telah beralih dalam rangka memahami penyebab dengan melakukan perbaikan pelayanan.

2.2 Konsep Fasilitas

2.2.1 Pengertian

Fasilitas merupakan sumber daya fisik yang harus ada sebelum suatu jasa ditawarkan kepada konsumen. Fasilitas merupakan sesuatu yang penting dalam usaha jasa, oleh karena itu fasilitas yang ada yaitu kondisi fasilitas, desaininterior dan eksterior serta kebersihan harus dipertimbangkan terutama yang berkaitan erat dengan apa yang dirasakan konsumen secara langsung. Persepsi yang diperoleh dari interaksi pelanggan dengan fasilitas jasa berpengaruh terhadap kualitas jasa tersebut dimata konsumen (Tjiptono, 2014).

Fasilitas adalah segala sesuatu yang dapat mempermudah upaya dan memperlancar kerja dalam rangka mencapai suatu tujuan. Sedangkan menurut Suharsimi Arikunto, fasilitas adalah segala sesuatu yang dapat memudahkan, memperlancar pelaksanaan suatu usaha. Fasilitas merupakan segala sesuatu yang mempermudah pasien dalam memperoleh manfaat dari jasa yang di berikan rumah sakit (Badjamal, 2014).

Fasilitas adalah segala sesuatu yang dapat mempermudah dan memperlancar suatu usaha atau kegiatan dapat berupa benda-benda, maupun uang atau dengan kata lain *fasilitas* dapat disamakan dengan sarana dan prasarana (Damanik, 2019). Prasarana Rumah Sakit adalah utilitas yang terdiri atas alat, jaringan dan sistem yang membuat suatu bangunan Rumah Sakit bisa berfungsi (Kemenkes RI, 2016).

Berdasarkan berbagai pengertian di atas, dapat disimpulkan bahwa fasilitas adalah segala sesuatu secara fisik yang dapat memperlancar tujuan suatu usaha.

2.2.2 Indikator Fasilitas

Indikator fasilitas ada enam, yaitu pertimbangan / perencanaan spasial, perencanaan ruangan, perlengkapan/perabotan, tata cahaya dan warna, pesan-pesan yang disampaikan secara grafis, dan unsur pendukung (Tjiptono, 2014). Manajemen fasilitas dan keselamatan (MFK) dalam Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) dalam (SNARS, 2018) mencakup 6 bidang antara lain:

1. Keselamatan dan Keamanan

Keselamatan adalah keadaan tertentu karena gedung, lantai, halaman, dan peralatan rumah sakit tidak menimbulkan bahaya atau risiko bagi pasien, staf, dan pengunjung. Keamanan adalah perlindungan terhadap kehilangan, pengrusakan dan kerusakan, atau penggunaan akses oleh mereka yang tidak berwenang.

2. Bahan berbahaya dan beracun (B3) serta limbahnya meliputi penanganan, penyimpanan, dan penggunaan bahan radioaktif serta bahan berbahaya lainnya harus dikendalikan dan limbah bahan berbahaya dibuang secara aman

3. Manajemen Penanggulangan Bencana meliputi risiko kemungkinan terjadi bencana diidentifikasi, juga respons bila terjadi wabah, serta

bencana dan keadaan emergensi direncanakan dengan efektif termasuk evaluasi lingkungan pasien secara terintegrasi.

4. Sistem Proteksi Kebakaran meliputi properti dan penghuninya dilindungi dari kebakaran dan asap.
5. Peralatan Medis meliputi peralatan dipilih, dipelihara, dan digunakan sedemikian rupa untuk mengurangi risiko.
6. Sistem Penunjang meliputi listrik, air, dan sistem pendukung lainnya dipelihara untuk meminimalkan risiko kegagalan pengoperasian

2.2.3 Elemen Penilaian Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK)

1. MFK 1

- a. Direktur rumah sakit dan mereka yang bertanggung jawab terhadap manajemen fasilitas di rumah sakit seharusnya mempunyai dan memahami peraturan perundang-undangan dan persyaratan lainnya yang berlaku untuk bangunan dan fasilitas rumah sakit. (D,W)
- b. Direktur rumah sakit menerapkan persyaratan yang berlaku dan peraturan perundang-undangan. (D,W)
- c. Rumah sakit mempunyai izin-izin sesuai dengan fasilitas yang ada di rumah sakit serta sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (D,W)
- d. Direktur rumah sakit memastikan rumah sakit memenuhi kondisi seperti hasil pemeriksaan fasilitas atau catatan pemeriksaan yang dilakukan oleh otoritas setempat di luar rumah sakit. (D,W)

2. MFK 2

- a. Ada program manajemen risiko fasilitas dan lingkungan yang dapat terjadi pada pasien, keluarga, staf, dan pengunjung secara tertulis meliputi risiko. Hal ini merupakan satu program induk atau beberapa program terpisah serta ada regulasi untuk menerapkan program manajemen. (R)
- b. Program tersebut masih berlaku dan sudah diterapkan sepenuhnya. (D,W)
- c. Ada bukti peninjauan dan pembaharuan program-program tersebut bila terjadi perubahan dalam lingkungan rumah sakit atau sekurang-kurangnya setiap tahun. (D,W)
- d. Ada bukti bahwa tenant/penyewa lahan di dalam lingkungan rumah sakit sudah mematuhi semua aspek program manajemen risiko fasilitas dan lingkungan. (D,W)

3. MFK 3

- a. Ada program manajemen risiko fasilitas dan lingkungan yang dapat terjadi pada pasien, keluarga, staf, dan pengunjung tertulis meliputi risiko yang merupakan satu program induk atau beberapa program terpisah serta ada regulasi untuk menerapkan program manajemen. (R)
- b. Program tersebut masih berlaku dan sudah diterapkan sepenuhnya. (D,W) Ada bukti peninjauan dan pembaharuan program-program

tersebut bila terjadi perubahan dalam lingkungan rumah sakit atau sekurang-kurangnya setiap tahun. (D,W)

- c. Ada bukti tenant/penyewa lahan di dalam lingkungan rumah sakit sudah mematuhi semua aspek program manajemen risiko fasilitas dan lingkungan. (D,W)

4. MFK 4

- a. Rumah sakit mempunyai regulasi termasuk program pengelolaan keselamatan dan keamanan. (R)
- b. Ada unit kerja yang bertanggung jawab terhadap pengelolaan keselamatan dan keamanan. (D,W)
- c. Rumah sakit telah melakukan identifikasi area-area yang berisiko mempunyai risk register (daftar risiko) yang berhubungan dengan keselamatan dan keamanan fasilitas. (D,W)
- d. Regulasi pemberian identitas pada penunggu pasien, pengunjung (termasuk tamu), staf rumah sakit, pegawai kontrak, dan semua orang yang bekerja di rumah sakit sudah diimplementasikan. (D,O,W)
- e. Rumah sakit telah melakukan pemeriksaan fasilitas secara berkala, membuat rencana perbaikan, dan telah melaksanakan perbaikan. (D,O,W)
- f. Rumah sakit telah memasang monitoring pada area yang berisiko keselamatan dan keamanan. (O,W)

g. Rumah sakit telah menyediakan fasilitas yang aman sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (O,W)

5. MFK 4.1

a. Rumah sakit mempunyai regulasi yang mengatur asesmen risiko prakonstruksi (PCRA). (R)

b. Rumah sakit melakukan asesmen risiko prakonstruksi (PCRA) bila ada rencana konstruksi, renovasi, atau demolis/pembongkaran. (D,W)

c. Rumah sakit mengambil tindakan berdasar atas hasil asesmen risiko untuk meminimalkan risiko selama pembongkaran, konstruksi, dan renovasi. (D,O,W)

d. Rumah sakit memastikan bahwa kepatuhan kontraktor dipantau, ditegakkan, dan didokumentasikan. (D,O,W)

6. MFK 4.2

a. Rumah sakit menyediakan anggaran untuk memenuhi peraturan perundangundangan yang terkait dengan fasilitas rumah sakit. (D,W)

b. Rumah sakit menyediakan anggaran untuk meningkatkan, memperbaiki, atau mengganti sistem, bangunan, atau komponen yang diperlukan agar fasilitas tetap dapat beroperasi secara aman dan efektif. (D,O,W)

c. Rumah sakit menyediakan anggaran untuk penerapan PCRA dan ICRA bila ada renovasi, konstruksi, dan pembongkaran. (D,W)

7. MFK 5

- a. Rumah sakit mempunyai regulasi yang mengatur B3 serta limbahnya sesuai dengan katagori WHO dan peraturan perundang-undangan. (R)
- b. Rumah sakit mempunyai daftar B3 serta limbahnya lengkap dan terbaru sesuai dengan kategori WHO dan peraturan perundang-undangan meliputi jenis, lokasi, dan jumlah semua bahan berbahaya dan beracun serta limbahnya. (D,O,W)
- c. Ada bukti bahwa untuk pengadaan/pembelian B3 dan pemasok (*supplier*) sudah melampirkan MSDS. (D,O,W) Perawat telah menggunakan APD yang benar pada waktu menangani (*handling*) B3 serta limbahnya dan di area tertentu juga sudah ada *eye washer*. (O,W)
- d. B3 serta limbahnya sudah diberi label/rambu-rambu sesuai dengan peraturan dan perundang-undangan. (O,W)
- e. Ada laporan dan analisis tumpahan, paparan/pajanan (*exposure*), dan insiden lainnya. (D,W)
- f. Ada bukti dokumentasi persyaratan yang meliputi izin, lisensi, atau ketentuan persyaratan lainnya. (D,W)

8. MFK 5.1

- a. Rumah sakit mempunyai regulasi untuk penyimpanan dan pengolahan limbah B3 secara benar dan aman sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan (R)

- b. Penyimpanan limbah B3 sudah mempunyai izin TPS B3 yang masih berlaku dan sesuai dengan perundang-undangan. (D,O,W)
- c. Rumah sakit sudah mempunyai Instalasi Pengolahan Air Limbah (IPAL) dengan izin yang masih berlaku sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (D,O,W)
- d. Rumah sakit mempunyai Instalasi Pengolah B3 dengan izin yang masih berlaku atau melakukan kerja sama dengan pihak ketiga dengan izin sebagai transporter dan pengolah B3 yang masih berlaku sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (D,O,W)

9. MFK 6

- a. Rumah sakit mempunyai regulasi manajemen disaster. (R)
- b. Rumah sakit mengidentifikasi bencana internal dan eksternal yang besar seperti keadaan darurat di masyarakat, wabah dan bencana alam atau bencana lainnya, serta kejadian wabah besar yang dapat menyebabkan risiko yang signifikan. (D,W)
- c. Rumah sakit telah melakukan self assessment kesiapan menghadapi bencana dengan menggunakan *hospital safety index* dari WHO. (D,W)
- d. Instalasi gawat darurat telah mempunyai ruang dekontaminasi. (D,O,W)

10. MFK 6.1

- a. Seluruh program atau setidaknya elemen-elemen kritis program disimulasikan setiap tahun. (D,W)

- b. Pada akhir setiap simulasi dilakukan diskusi (debriefing) mengenai simulasi tersebut serta dibuat laporan dan tindak lanjut. (D,W)
- c. Peserta simulasi adalah semua pegawai/staf rumah sakit, pegawai kontrak, dan pegawai dari tenant/penyewa lahan. (D,W)

11. MFK 7

- a. Rumah sakit mempunyai program proteksi kebakaran (fire safety) yang memastikan bahwa semua penghuni rumah sakit selamat dari bahaya api, asap, atau keadaan darurat nonkebakaran lainnya. (R)
- b. Rumah sakit telah melakukan asesmen risiko kebakaran yang tertulis termasuk saat terdapat proyek pembangunan di dalam atau berdekatan dengan fasilitas rumah sakit. (D,W)
- c. Rumah sakit telah menindaklanjuti hasil asesmen risiko kebakaran. (D,O,W)
- d. Rumah sakit mempunyai sistem deteksi dini (*smoke detector* dan *heat detector*) dan alarm kebakaran sesuai dengan peraturan perundangundangan. (O,W)
- e. Rumah sakit mempunyai sistem kebakaran aktif yang meliputi sprinkle, APAR, hidran, dan pompa kebakaran sesuai dengan peraturan perundangundangan. (O,W)
- f. Rumah sakit mempunyai jalur evakuasi yang aman dan bebas hambatan bila terjadi kebakaran serta kedaruratan bukan kebakaran. (O,W)

12. MFK 7.1

- a. Semua staf mengikuti latihan penanggulangan kebakaran minimal 1 (satu) kali dalam setahun. (lihat juga MFK 11-MFK 11.3). (D,W)
Staf dapat memperagakan bagaimana cara membawa pasien ke tempat aman dan demonstrasikan bagaimana cara menyelamatkan pasien. (S,W) Sistem dan peralatan pemadam kebakaran diperiksa, diujicoba, dan dipelihara sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan didokumentasikan. (D,W)

13. MFK 7.2

- a. Rumah sakit mempunyai regulasi rumah sakit sebagai kawasan tanpa rokok dan asap rokok, serta larangan merokok bagi pasien, keluarga, pengunjung, dan staf termasuk larangan menjual rokok di lingkungan rumah sakit. (R)
- b. Regulasi larangan merokok telah dilaksanakan dan dievaluasi. (D,O,W)

14. MFK 8

- a. Rumah sakit mempunyai regulasi pengelolaan peralatan medis yang digunakan di rumah sakit. (R)
- b. Ada daftar inventaris dan identifikasi risiko untuk seluruh peralatan medis yang digunakan di rumah sakit. (D,W)
- c. Ada bukti peralatan medis diperiksa secara teratur. (D,O,W)
- d. Peralatan medis diuji fungsi sejak baru dan sesuai dengan umur, penggunaan, dan rekomendasi pabrik. (D,W)

- e. Ada program pemeliharaan preventif dan kalibrasi. (D,O,W)
- f. Staf yang kompeten melaksanakan kegiatan ini. (D,W)

15. MFK 8.1

- a. Rumah sakit mempunyai sistem pemantauan dan bertindak terhadap pemberitahuan mengenai peralatan medis yang berbahaya, recall/penarikan kembali, laporan insiden, masalah, dan kegagalan pada peralatan medis. (R)
- b. Rumah sakit membahas pemberitahuan peralatan medis yang berbahaya, alat medis dalam penarikan (under recall), laporan insiden, serta masalah dan kegagalan pada peralatan medis. (D,W)
- c. Rumah sakit telah melaporkan seluruh insiden keselamatan sesuai dengan peraturan perundang-undangan bila terjadi kematian, cedera serius, atau penyakit yang disebabkan oleh peralatan medis. (D,W)

16. MFK 9

- a. Rumah sakit mempunyai sistem pemantauan dan bertindak terhadap pemberitahuan mengenai peralatan medis yang berbahaya, recall/penarikan kembali, laporan insiden, masalah, dan kegagalan pada peralatan medis. (R)
- b. Rumah sakit membahas pemberitahuan peralatan medis yang berbahaya, alat medis dalam penarikan (under recall), laporan insiden, serta masalah dan kegagalan pada peralatan medis. (D,W)

- c. Rumah sakit telah melaporkan seluruh insiden keselamatan sesuai dengan peraturan perundang-undangan apabila terjadi kematian, cedera serius, atau penyakit yang disebabkan oleh peralatan medis. (D,W)

17. MFK 9.1

- a. Rumah sakit mempunyai regulasi inventarisasi, pemeliharaan, dan inspeksi dengan kriteria yang ditentukan untuk sistem utilitas penting yang dilakukan secara berkala. (R)
- b. Rumah sakit mempunyai daftar sistem utilitas di rumah sakit dan daftar sistem utilitas penting. (D,W)
- c. Sistem utilitas dan komponen telah diinspeksi secara teratur/berdasar atas kriteria yang disusun rumah sakit. (D,O)
- d. Sistem utilitas dan komponen diuji secara teratur berdasar atas kriteria yang sudah ditetapkan. (D,W)
- e. Sistem utilitas dan komponen dipelihara berdasar atas kriteria yang sudah ditetapkan. (D,O)
- f. Sistem utilitas dan komponen diperbaiki bila diperlukan. (D,O)

18. MFK 9.2

- a. Rumah sakit mempunyai regulasi sistem utilitas. (R)
- b. Air bersih harus tersedia selama 24 jam setiap hari, 7 hari dalam seminggu. (O,W)
- c. Listrik tersedia 24 jam setiap hari, 7 hari dalam seminggu. (O,W)

- d. Rumah sakit mengidentifikasi area dan pelayanan yang berisiko paling tinggi bila terjadi kegagalan listrik atau air bersih terkontaminasi atau terganggu. (D,W)
- e. Rumah sakit berupaya mengurangi risiko bila hal itu terjadi (tata kelola risiko). (D,W)
- f. Rumah sakit mempunyai sumber listrik dan air bersih alternatif dalam keadaan emergensi. (D,W,O)

19. MFK 9.2.1

- a. Rumah sakit mempunyai regulasi uji coba sumber air bersih dan listrik alternatif sekurangnya 6 bulan sekali atau lebih sering bila diharuskan oleh peraturan perundang-undangan yang berlaku atau oleh kondisi sumber air. (R)
- b. Rumah sakit mendokumentasi hasil uji coba sumber air bersih alternatif tersebut. (D,W)
- c. Rumah sakit mendokumentasi hasil uji sumber listrik alternatif tersebut. (D,W)
- d. Rumah sakit mempunyai tempat dan jumlah bahan bakar untuk sumber listrik alternatif yang mencukupi. (O,W)

20. MFK 9.3

- a. Rumah sakit mempunyai regulasi. (R)
- b. Rumah sakit telah melakukan monitoring mutu air sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan terdokumentasi. (D,W)

- c. Rumah sakit telah melakukan pemeriksaan air limbah sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan terdokumentasi. (D,W)
- d. Rumah sakit telah melakukan pemeriksaan mutu air yang digunakan untuk dialisis ginjal yang meliputi pertumbuhan bakteri dan endotoksin serta kontaminasi zat kimia sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan terdokumentasi. (D,W)
- e. Rumah sakit telah menindaklanjuti hasil pemeriksaan mutu air yang bermasalah dan didokumentasikan. (D,W)

21. MFK 10

- a. Rumah sakit mempunyai regulasi sistem pelaporan data insiden/kejadian/ kecelakaan setiap program manajemen risiko fasilitas. (R)
- b. Ada laporan data insiden/kejadian/kecelakaan setiap program manajemen risiko fasilitas dan sudah dianalisis. (D,W)
- c. Hasil analisis sudah ditindaklanjuti dengan mengganti atau meningkatkan fungsi (upgrade) teknologi medis, peralatan, sistem, dan menurunkan risiko di lingkungan. (D,W,O)
- d. Seorang atau lebih individu yang ditunjuk mengawasi pelaksanaan program manajemen risiko fasilitas telah membuat laporan kepada direktur rumah sakit setiap 3 bulan (D,W)

22. MFK 11

- a. Rumah sakit mempunyai program pelatihan manajemen fasilitas dan keselamatan. (R)
- b. Edukasi diadakan setiap tahun mengenai setiap komponen dari program manajemen fasilitas dan keselamatan untuk menjamin semua staf dapat melaksanakan tanggung jawabnya dengan efektif. (D,W)
- c. Edukasi diikuti oleh pengunjung, supplier, pekerja kontrak, dan lain-lain sesuai dengan regulasi rumah sakit. (D,W)
- d. Pengetahuan staf dites dan disimulasikan sesuai dengan peran mereka dalam setiap program manajemen fasilitas. Kegiatan pelatihan dan hasil pelatihan setiap staf didokumentasikan. (D,W)

23. MFK 11.1

- a. Staf dapat menjelaskan dan/atau memperagakan peran mereka dalam menghadapi kebakaran. (W,S)
- b. Staf dapat menjelaskan dan/atau memperagakan tindakan untuk menghilangkan, mengurangi/meminimalisir, atau melaporkan keselamatan, keamanan, dan risiko lainnya. (W,S)
- c. Staf dapat menjelaskan dan/atau memperagakan tindakan, kewaspadaan, prosedur dan partisipasi dalam penyimpanan, penanganan dan pembuangan gas medis serta limbah B3. (W,S)

- d. Staf dapat menjelaskan dan/atau memperagakan prosedur dan peran mereka dalam penanganan kedaruratan serta bencana internal atau eksternal (community). (W,S)

24. MFK 11.2

- a. Staf diberi pelatihan untuk menjalankan peralatan medis sesuai dengan uraian tugas dan dilakukan tes secara berkala. (D,W,S)
- b. Staf diberi pelatihan untuk menjalankan sistem utilitas sesuai dengan uraian tugas dan dilakukan tes secara berkala. (D,W,S)
- c. Staf diberi pelatihan untuk memelihara peralatan medis sesuai dengan uraian tugas dan dilakukan tes secara berkala. (D,W,S)
- d. Staf diberi pelatihan untuk memelihara sistem utilitas sesuai dengan uraian tugas dan dilakukan tes secara berkala. (D,W,S)

2.2.4 Fasilitas Rumah Sakit

Pefasilitas layanan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 14 huruf f Permenkes No. 56 tahun 2014 (Kemenkes RI, 2014) harus dilengkapi dengan fasilitas sebagai berikut:

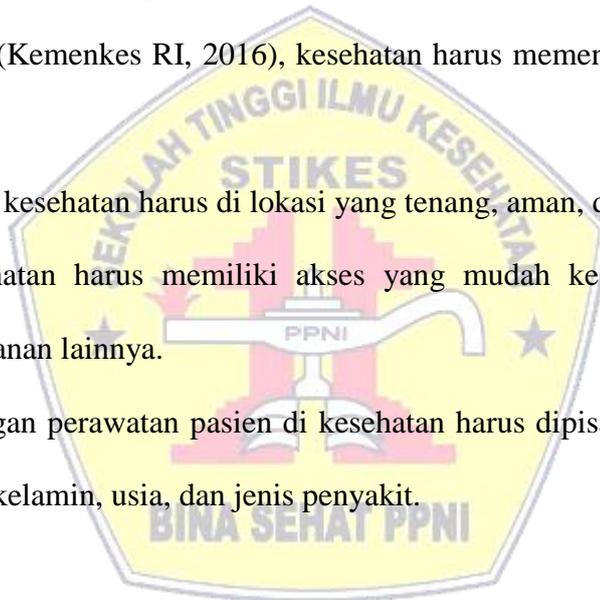
1. Jumlah tempat tidur perawatan Kelas III paling sedikit 30% (tiga puluh persen) dari seluruh tempat tidur untuk Rumah Sakit milik Pemerintah,
2. Jumlah tempat tidur perawatan Kelas III paling sedikit 20% (dua puluh persen) dari seluruh tempat tidur untuk Rumah Sakit milik swasta,
3. Jumlah tempat tidur perawatan intensif sebanyak 5% (lima persen) dari seluruh tempat tidur untuk Rumah Sakit milik Pemerintah dan Rumah Sakit milik swasta

Bangunan Rumah Sakit harus menyediakan fasilitas yang aksesibel bagi penyandang cacat dan lanjut usia untuk menjamin terwujudnya kemudahan bagi semua pengguna baik di dalam maupun diluar Bangunan Rumah Sakit secara mudah, aman, nyaman dan mandiri. Fasilitas yang aksesibel meliputi toilet, koridor, tempat parkir, telepon umum, jalur pemandu, rambu atau marka, pintu, dan tangga, lift, dan/atau ram (Kemenkes RI, 2016).

2.2.5 Fasilitas Rawat Inap

Menurut (Kemenkes RI, 2016), kesehatan harus memenuhi syarat sebagai berikut:

1. Letak kesehatan harus di lokasi yang tenang, aman, dan nyaman.
2. Kesehatan harus memiliki akses yang mudah ke ruang penunjang pelayanan lainnya.
3. Ruangan perawatan pasien di kesehatan harus dipisahkan berdasarkan jenis kelamin, usia, dan jenis penyakit.



Gambar 2. 1 Persyaratan Ruang Rawat Inap

NO.	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
1.	Ruang Perawatan	<p>a. Ukuran ruangan rawat inap tergantung kelas perawatan dan jumlah tempat tidur.</p> <p>b. Jarak antar tempat tidur 2,4 m atau antar tepi tempat tidur minimal 1,5 m.</p> <p>c. Bahan bangunan yang digunakan tidak boleh memiliki tingkat porositas yang tinggi.</p> <p>d. Antar tempat tidur yang dibatasi oleh tirai maka rel harus dibenamkan/ menempel di plafon, dan sebaiknya bahan tirai non porosif.</p> <p>e. Setiap tempat tidur disediakan minimal 2 (dua) kotak kontak dan tidak boleh ada percabangan/ sambungan langsung tanpa pengamanan arus.</p> <p>f. Harus disediakan outlet oksigen.</p>	Jumlah tempat tidur menyesuaikan dengan klasifikasi RS dan kajian kebutuhan pelayanan
2.	Ruang Laktasi	Mengikuti persyaratan ruang laktasi seperti pada penjelasan sebelumnya.	Ruang ini khusus disediakan di ruang perawatan kebidanan
3.	Ruang Pos Perawat (<i>Nurse Station</i>)	<p>a. Luas ruangan pos perawat minimal 8 m² atau 3-5 m² per perawat, disesuaikan dengan kebutuhan. Satu pos perawat melayani maksimal 25 tempat tidur.</p> <p>b. Luas ruangan harus</p>	

NO.	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
		<p>dapat mengakomodir lemari arsip dan lemari obat.</p> <p>c. Disediakan instalasi untuk alat komunikasi.</p> <p>d. Disediakan fasilitas desinfeksi tangan (<i>handsrub</i>).</p> <p>e. Ruangan harus mengoptimalkan pencahayaan alami. Untuk pencahayaan buatan dengan intensitas cahaya 200 lux untuk penerangan.</p>	
4.	Ruangan Konsultasi	Umum	RS Kelas C dan D dapat bergabung dengan ruangan pos perawat
5.	Ruangan Tindakan	<p>a. Luas ruangan per tempat tidur resusitasi 12-20 m².</p> <p>b. Bahan bangunan yang digunakan tidak boleh memiliki tingkat porositas yang tinggi.</p> <p>c. Setiap tempat tidur disediakan minimal 5 (lima) kotak kontak dan tidak boleh ada percabangan/ sambungan langsung tanpa pengamanan arus.</p> <p>d. Harus disediakan outlet gas medik yang terdiri dari oksigen, udara tekan medik dan vakum medik.</p> <p>e. Ruangan harus dijamin terjadinya pertukaran udara baik alami maupun mekanik</p>	Jumlah ruangan tindakan menyesuaikan dengan kajian kebutuhan kapasitas pelayanan

NO.	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
		dengan total pertukaran udara minimal 15 kali per jam. f. Ruangan harus mengoptimalkan pencahayaan alami. Untuk pencahayaan buatan dengan intensitas cahaya 300 lux.	
6.	Ruangan Dokter Jaga	Umum	RS Kelas D ruangan ini dapat terpusat.
7.	Ruangan Kepala Rawat Inap	Umum	RS Kelas D ruangan ini dapat terpusat.
8.	Ruangan Bersih Linen	Disediakan lemari atau rak.	RS Kelas C dan D ruangan ini dapat digabung
9.	Gudang Bersih	Umum	
10.	Gudang Kotor (<i>Spoolhoek/Dirty Utility</i>)	b. Dilengkapi dengan <i>sloop sink</i> dan <i>service sink</i> . c. Letak ruang <i>spoolhoek</i> berada di area servis. d. Persyaratan ventilasi udara : 1) Tekanan udara dalam ruangan negatif. 2) Total pertukaran volume udara min. 10 kali per jam.	
11.	KM/WC (Toilet)	a. Toilet perawat mengikuti persyaratan toilet umum (lihat poin di atas). b. Satu toilet melayani satu ruangan perawatan.	

NO.	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
		c. Toilet di ruangan rawat inap harus aksesibel untuk pasien (Persyaratan tentang toilet aksesibel melihat poin di atas) dan tersedia tombol panggil bantuan perawat	
12.	Dapur Kecil (<i>Pantry</i>)	a. Dilengkapi dengan sink dan meja pantri. b. Dilengkapi meja dan kursi makan sesuai dengan kebutuhan.	Ruangan ini dapat terpusat di RS
13.	Janitor/ Ruang Perawat Kebersihan	Umum	Untuk RS kelas D, ruangan ini dapat terpusat di RS
14.	Ruangan Perawatan Isolasi	a. Ukuran ruangan perawatan isolasi minimal 3x4 m ² . b. Satu ruangan untuk satu tempat tidur. c. Bahan bangunan yang digunakan tidak boleh memiliki tingkat porositas yang tinggi. d. Setiap ruangan disediakan minimal 2 (dua) kotak kontak dan tidak boleh ada percabangan/ sambungan langsung tanpa pengamanan arus. e. Harus disediakan outlet oksigen dan vakum medik. f. Disediakan toilet pasien. g. Dilengkapi wastafel pada ruangan antara. h. Persyaratan ventilasi udara sebagai berikut :	Untuk RS kelas C dan D, ada/tidak ruangan ini disesuaikan kajian kebutuhan pelayanan

NO.	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
		<p>i. Ruang bertekanan lebih negatif dari ruangan disebelahnya.</p> <p>j. Ruang harus dijamin terjadinya pertukaran udara baik alami maupun mekanik. Untuk ventilasi mekanik minimal total pertukaran udara 6 kali/jam.</p> <p>k. Dilengkapi ruang antara (<i>airlock</i>) jenis <i>sink</i>, dimana <i>airlock</i> bertekanan lebih negatif dibandingkan ruangan-ruangan disebelahnya.</p> <p>l. Ruang harus mengoptimalkan pencahayaan alami. Untuk pencahayaan buatan dengan intensitas cahaya 200 lux untuk penerangan, dan 50 lux untuk tidur.</p> <p>m. Ruang perawatan isolasi harus menyediakan <i>nurse call</i> yang terhubung ke pos perawat (<i>nurse station</i>).</p>	

Keterangan : Kebutuhan ruangan di kesehatan disesuaikan dengan jenis dan kebutuhan pelayanan serta ketersediaan SDM di Rumah Sakit (Kemenkes RI, 2016)

2.3 Kerangka Teori

Kerangka teori merupakan teori yang kita buat untuk memberikan gambaran yang sistematis mengenai masalah yang akan kita teliti (Notoatmodjo, 2012). Kerangka teori ini dibuat dari modifikasi teori Kemenkes RI, 2016; Nursalam, 2016; Rangkuti, 2012; Tjiptono, 2014



Gambar 2. 2 Kerangka Teori Analisis Kepuasan Keluarga Pasien Berdasarkan Fasilitas Pelayanan Di Rumah Sakit Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang Malang
Penjelasan Kerangka Teori:

Kepuasan keluarga pasien dipengaruhi faktor usia, tingkat pendidikan, fasilitas pelayanan, tindakan perawat kesehatan terhadap pasien, nilai, daya saing, persepsi pelanggan, harga, citra, tahap pelayanan, situasi pelayanan, status kesehatan pasien, jaminan dan biaya, kepuasan perawat kesehatan, kesadaran manajer di bidang kepuasan keluarga pasien, perencanaan untuk meningkatkan status rumah sakit, serta manajemen rumah sakit. Salah satu faktor yang mempengaruhi kepuasan keluarga pasien adalah fasilitas pelayanan. Indikator fasilitas pelayanan antara lain pertimbangan/perencanaan spasial, perencanaan ruangan, perlengkapan/perabotan, tata cahaya dan warna, pesan-pesan yang disampaikan secara grafis, dan unsur pendukung. Fasilitas untuk rawat inap harus memenuhi syarat letak kesehatan harus di lokasi yang tenang, aman, dan nyaman, kesehatan harus memiliki akses yang mudah ke ruang penunjang pelayanan lainnya. ruangan perawatan pasien di kesehatan harus dipisahkan berdasarkan jenis kelamin, usia, dan jenis penyakit. Hal ini ditujukan untuk memenuhi pelayanan pasien sehingga pasien puas terhadap pelayanan rumah sakit. Indikator kepuasan keluarga pasien adalah sarana fisik (*tangible*), kehandalan (*reability*), ketanggapan (*responsiveness*), jaminan (*assurance*), kepedulian (*emphaty*), kepuasan keluarga pasien dapat diukur melalui cara sistem keluhan dan saran, survei kepuasan pelanggan, *ghost shopping*, dan *lost costumers analysis* .



2.4 Kerangka Konseptual

Kerangka konsep di bawah ini didapatkan dari modifikasi teori Silalahi, Rantetampang, Msen, & Mallongi, 2019; Rangkuti, 2012; Pai, Ravi, & Chary, 2011; Farzianpour, Byravan, & Amirian, 2015)



Gambar 2.3 Kerangka Konseptual Analisis Kepuasan Keluarga Pasien Berdasarkan Fasilitas Pelayanan Di Rumah Sakit Jiwa Dr. Radjziman Wediodiningrat Lawang Malang

Penjelasan Kerangka Konseptual:

Kepuasan keluarga pasien dipengaruhi faktor usia, tingkat pendidikan, fasilitas pelayanan, tindakan perawat kesehatan terhadap pasien, nilai, daya saing, persepsi pelanggan, harga, citra, tahap pelayanan, situasi pelayanan, status kesehatan pasien, jaminan dan biaya, kepuasan perawat kesehatan, kesadaran manajer di bidang kepuasan keluarga pasien, perencanaan untuk meningkatkan status rumah sakit, serta manajemen rumah sakit. Faktor yang diteliti dalam penelitian ini adalah fasilitas pelayanan. Fasilitas pelayanan yang baik atau buruk akan mempengaruhi kepuasan keluarga pasien sehingga pasien menjadi puas atau tidak puas terhadap pefasilitas layanan kesehatan.



